



## CONSENTIMIENTO INFORMADO TRATAMIENTO

Yo \_\_\_\_\_, rut \_\_\_\_\_, solicito evaluación en Medicina China, en un plan de tratamiento complementario. DECLARO que se me ha explicado que es posible proceder con el tratamiento de acupuntura, moxibustión, auriculoterapia y ventosas. Comprendo que a pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse efectos indeseables, poco graves y transitorios (sangrado del lugar de la punción, hematoma, calambres y hormigueos transitorios, desmayo, mareo, náuseas) o graves, pero muy poco frecuentes (neumotórax, rotura de la aguja, pericondritis del pabellón auricular, quemadura)

He entendido la información entregada con los beneficios, posibles síntomas y complicaciones, que se me ha facilitado en un lenguaje claro y sencillo. Comprendo que asisto a una escuela de Acupuntura y que el tratamiento puede ser realizado por alumnos en práctica supervisados por un profesional. CONSIENTO que se me realice tratamiento, bajo mi completa responsabilidad, comprometiéndome a seguir las instrucciones que se me indiquen.

En Santiago de Chile, a \_\_\_\_\_(fecha)

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma Acupunturista

\_\_\_\_\_  
Firma Paciente o Adulto responsable  
(menores de edad)

Fecha:     /     /

### FICHA INGRESO DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO CON ACUPUNTURA

Nombre:	Caso Clínico N1 / Sexo: Masculino	Edad:	30 años
Rut:		Ocupación:	Ingeniero
Celular:		Correo Electrónico:	
Motivo de consulta:	Estrés		
Enfermedades actuales:	Ninguna		
Antecedentes familiares de enfermedades:	Mamá: presión alta		
Alergias (fármacos, alimentos)	No		
Actividad física/frecuencia:	No		
Fármacos actuales: (suplementos, vitaminas, hierbas)	No		
Enfermedades recuperadas, hospitalizaciones, cirugías (con fecha)	Ninguna		

Ginecología	Partos: Natural/Cesárea	Abortos:	FUR:
Alimentación especial:	Come de todo		
Tábaco: Si. 10 a 15 diarios	Alcohol: Si	Drogas:	Marihuana ocasional
Antecedentes sociales:	Vive con su esposa y sus 2 hijos de 3 y 5 años		

**ANAMNESIS PRÓXIMA** Inicio, evolución, estado actual, agravantes, atenuantes, desencadenantes, cronología

Este paciente sufre de estrés desde mediados de la pandemia. Está muy acelerado porque tiene mucho trabajo y con varios proyectos que tiene que terminar. En su oficina muchas personas se han tomado licencias o salen de vacaciones lo que recarga su volumen de trabajo en el día a día, además esto está afectando su vida personal.

Sus hijos están creciendo y demandan mucho tiempo. Le cuesta dormir en las noches y anda con la cabeza llena de pensamientos y preocupaciones. No se siente bien y está peleado con su señora porque ella piensa que además de pasar mucho tiempo en la oficina, está tomando alcohol y fumando demasiado.

## EVALUACIÓN

### 1.- INTERROGATORIO

FRIO Y CALOR	Dice no tener preferencia por ninguno, aunque se ve algo acalorado
SUDOR	Normal
OÍDO (mareos, tinnitus)	Siente que ha perdido algo de audición ultimamente
VISTA – OJOS	Normal
APETITO	Normal, aunque a veces se salta el almuerzo cuando tiene mucho trabajo
SABOR	Normal
DIGESTIÓN	Normal, pero presenta dolores abdominales recurrentes
CONSUMO AGUA (cantidad)	1 a 2 litros al día
SED - EDEMA	Siente sed con ganas de consumir bebidas frescas
ORINA	Micciones dolorosas, la orina es poco abundante y oscura. A veces hay algo de sangre
SUEÑO	Insomnio. le cuesta conciliar el sueño.
MENSTRUACIÓN	

SEXUALIDAD	Baja libido
MEMORIA (y otros neurológicos)	Normal
DOLOR	Dolores abdominales
OTROS en relación a los 5 elementos	Sensación de inquietud y de calor en el pecho

## 2.- INSPECCIÓN

VITALIDAD/SHEN (estado de ánimo, expresión, mirada, brillo)	Intranquilo, habla acelerado
OJOS	Normal
LABIOS	Presenta úlceras bucales
UÑAS	Normal
PELO	Normal
PIEL GENERAL	Normal

## CARÁCTER – PERSONALIDAD

---



---



---

## 3.- AUDICION – OLFATO

VOZ	Normal
HABLA	Fuerte
RESPIRACIÓN	Normal
TOS	No pero con frecuencia le duele la garganta
SUSPIROS	No
OLOR (corporal, halitosis)	No

## 4.- EXAMEN GENERAL

PESO: 73kg	TALLA: 1,68mt	Presión arterial: No sabe
------------	---------------	---------------------------

## 5.- PULSO

(Profundidad, Velocidad, Intensidad - fuerza, Forma - amplitud, Largo, Ritmo)

	DERECHO	IZQUIERDO
CHI	Menos presente	más fuerte y desbordante
GUAN	Normal	Normal
CUN	Normal	más fuerte y desbordante

### Observaciones:

Rapido y desbordante

---

---

---

## 5.- LENGUA

### CUERPO

COLOR	Roja
FORMA	Hinchada

### SABURRA

COLOR	Amarilla
CARACTERÍSTICAS	Más espesa a en la zona de atrás
GROSOR	Un poco gruesa

MOVIMIENTO	Normal
SUBLINGUAL	Normal



### OBSERVACIONES:

Punta de la lengua más roja e hinchada

---

---

---

## 6.-PALPACIÓN MERIDIANOS Y PUNTOS

Presenta dolor en la línea media del abdomen inferior, alrededor de 4 cun bajo el ombligo

---

---

---

## DIFERENCIACIÓN DE SÍNDROMES

### 8 PRINCIPIOS (justificación)

FRIO/ CALOR	
EXTERIOR /INTERIOR	
EXCESO/DEFICIENCIA	
YIN/ YANG	

### QI / SANGRE/ FLUIDOS (justificación)

QI	
SANGRE	
FLUIDOS	

### ZANG / FU (justificación)

---

---

---

## DIAGNÓSTICOS DE TRABAJO

### 1. SINDROMES GENERALES

---

---

### 2. SINDROMES ESPECÍFICOS

---

---

---

### HIPÓTESIS SEGÚN LOS 5 ELEMENTOS (explicación breve y esquema)

**PRINCIPIOS DE TRATAMIENTO**

---

---

---

---

**PRESCRIPCIÓN BÁSICA**

(especificar tonificación, dispersión, moxa, electroacupuntura, etc)

<b>FRECUENCIA:</b>	
--------------------	--

---

---

---

---

---

---

---

---

**AURICULOTERAPIA:**

---

---

---

---

**RECOMENDACIONES GENERALES/ OBSERVACIONES:**

---

---

---

---

---

---

---

---

## HOJA DE TRATAMIENTO

<b>SESIÓN 2</b>	Fecha:	Terapeuta:	EVA: /
Pulso:			
Lengua:			
Observaciones:			
PUNTOS/TÉCNICAS:			
Aurículo:			
<b>SESIÓN 3</b>	Fecha:	Terapeuta:	EVA: /
Pulso:			
Lengua:			
Observaciones:			
PUNTOS/TÉCNICAS:			
Aurículo:			
<b>SESIÓN 4</b>	Fecha:	Terapeuta:	EVA: /
Pulso:			
Lengua:			
Observaciones:			
PUNTOS/TÉCNICAS:			
Aurículo:			

<b>SESIÓN 5</b>	Fecha:	Terapeuta:	EVA:	/
Pulso:				
Lengua:				
Observaciones:				
PUNTOS/TÉCNICAS:				
Aurículo:				

<b>SESIÓN 6</b>	Fecha:	Terapeuta:	EVA:	/
Pulso:				
Lengua:				
Observaciones:				
PUNTOS/TÉCNICAS:				
Aurículo:				

<b>SESIÓN 7</b>	Fecha:	Terapeuta:	EVA:	/
Pulso:				
Lengua:				
Observaciones:				
PUNTOS/TÉCNICAS:				
Aurículo:				